



Mesa de trabajo

EVALUACIÓN y DIAGNÓSTICO



Zaragoza, 2010



EVALUACIÓN y DIAGNÓSTICO



Miembros 2008-2010

Raquel Ayuda. Deletrea. Madrid

Leticia Boada. Gregorio Marañón. Madrid

Sandra Freire. Deletrea. Madrid

Pedro Jiménez. Tenerife

María Llorente. Deletrea. Madrid

Alfonso Muñoz. Iridia. Madrid

Patricia García-Primo. ESSEA

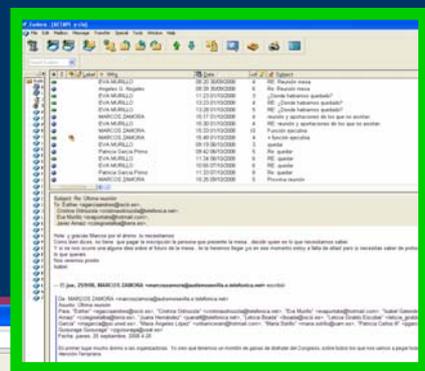
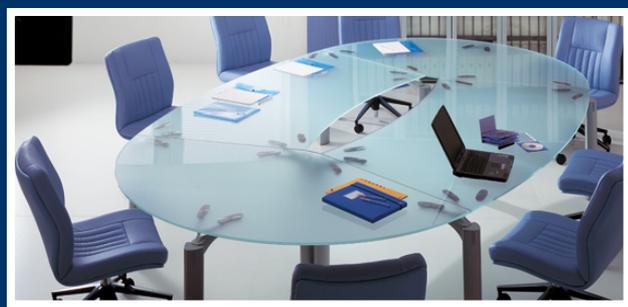
Isabel Galende. Equipo Específico Bilbao.

Ruth Vidriales. Confederación Autismo España

***Coordinador de la mesa:** Marcos Zamora. Autismo Sevilla*



METODOLOGÍA DE TRABAJO:



**Actualización en
Evaluación y
Diagnóstico**

**Herramientas de
Detección,
Evaluación y
Diagnóstico**

**Evaluación en
adultos con TEA
y Discapacidad
Intelectual**

**Diagnóstico
diferencial
psiquiátrico
ADULTOS**



OBJETIVOS DE LA MESA

1.-Actualización en Evaluación y Diagnóstico

Actualización
en Evaluación
y Diagnóstico

***2.-Actualización sobre herramientas de Detección
Precoz y Evaluación y Diagnóstico en TEA***

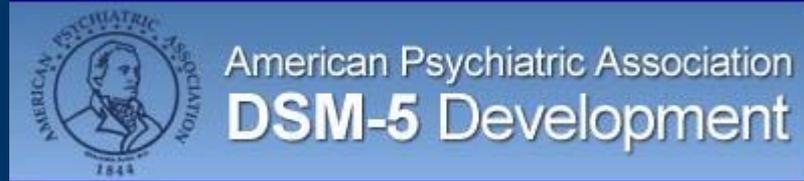
Herramientas
Detección,
Evaluación y
Diagnóstico

***3. Evaluación en adultos con TEA y Discapacidad
Intelectual.***

Evaluación en
adultos con
TEA y
Discapacidad
Intelectual

***4.-Diagnóstico diferencial psiquiátrico en adultos
con TEA***

Diagnóstico
diferencial
psiquiátrico

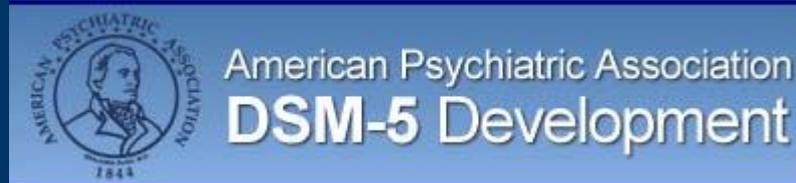


Revisión de los criterios diagnósticos

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

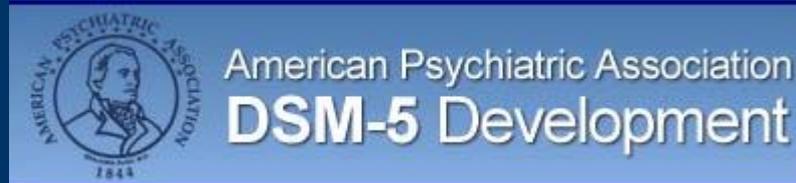
- Desaparecería Trastorno Generalizado del Desarrollo
- Desaparecería Síndrome de Asperger, Trastorno Desintegrativo y TGD-NE
- Saldrían Síndrome de Rett

- La presentación variará en función de:
 - Severidad (Discapacidad intelectual y competencia verbal)
 - Factores neurológicos (epilepsia) o trastornos genéticos asociados
 - Edad
- Se establecerán **características conductuales** asociadas a cada criterio
- Trayectorias de desarrollo: Se establecerán **ejemplos** sobre cursos de desarrollo.



TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

1. Dificultades clínicamente significativas y persistentes en la **comunicación social**, que se manifiesta en todos los síntomas siguientes:
 - a. Marcada dificultad en la comunicación no verbal y verbal usada en la interacción.
 - b. Ausencia de reciprocidad social.
 - c. Dificultades para desarrollar y mantener relaciones con iguales apropiadas para el nivel de desarrollo.
2. **Patrones repetitivos y restringidos de conducta**, actividades e intereses, que se manifiestan en, por al menos dos, de los siguientes síntomas:
 - a. Conductas estereotipadas motoras o verbales, o comportamientos sensoriales inusuales.
 - b. Adherencia excesiva a rutinas y patrones de comportamiento ritualistas.
 - c. Intereses restringidos.
3. Los síntomas deben estar presentes en la **infancia temprana** (aunque pueden no manifestarse por completo hasta que las demandas del entorno excedan sus capacidades).

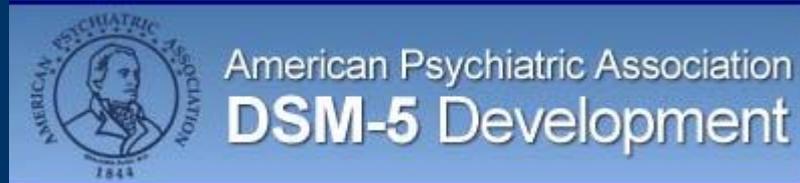


Aportaciones de profesionales de AETAPI a la Asociación de Psiquiatría Americana (20 de Abril, 2010):

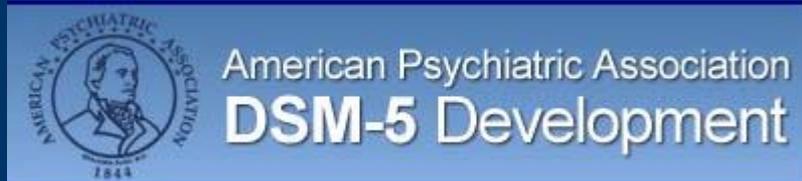
- **Valoración positiva de los cambios:**
 - Dimensionalidad
 - Aunar alteraciones sociales y comunicativas
 - Incorporación como criterio de alteraciones sensoriales

.....
- **Propuestas y comentarios:**
 - Necesidad de operativizar los criterios en ejemplos conductuales
 - Operativizar concepto de severidad (apoyos/grado en que se presenta el trastorno)
 - Alteración de la comunicación verbal y no verbal (criterio amplio, ausencia de criterios como el juego simbólico o las emociones,...)
 - Establecer criterios de buenas prácticas en la evaluación y englobar el diagnóstico dentro de un proceso más comprensivo de evaluación

.....

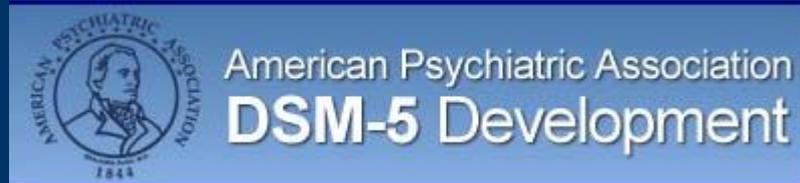


- 1.-Dificultades clínicamente significativas y persistente en la **comunicación social**, que se manifiesta en **todos** los síntomas siguientes:
 - a.-Déficit en la reciprocidad socio-**emocional**
 - b.-Déficit en la comunicación no verbal y verbal usada en la interacción
 - c.-Déficit en la capacidad para desarrollar y mantener relaciones apropiadas para el nivel de desarrollo.
 - 2.-Patrones **repetitivos y restringidos de conductas, actividades e Intereses**, que se manifiestan, al menos por **dos** de los siguientes síntomas:
 - a.-Conductas estereotipadas motoras y verbales.
 - b.-Adherencia excesiva a rutinas y/o resistencia al cambio
 - c.-Intereses restringidos, limitados, fijos.
 - d.-Hiper/hipo-reactividad a los inputs sensoriales o intereses sensoriales inusuales.**
 - 3.-Los síntomas deben presentarse en la infancia temprana (aunque pueden no manifestarse por completo hasta que las demandas del entorno excedan sus capacidades).
- Se deben cumplir los criterios 1, 2 y 3.



Clasificación dimensional DSM-V TEA	Comunicación social	Intereses restringidos y conductas repetitivas
Requiere apoyo muy importante (generalizado)	Mínima comunicación social	Marcada interferencia en la vida diaria
Requiere apoyo importante	Déficit marcado con iniciación limitada y respuesta reducida o atípica	Evidente para el observador y ocurre en diferentes contextos
Menos severo	Notables dificultades aún con apoyo	Interferencias significativas en al menos un contexto
Síntomas subclínicos	Algunos síntomas en esta o ambas áreas, sin dificultades significativas	Raro o excesivo pero sin interferencia en la vida diaria
Variación normal	Puede mostrar torpeza social o aislamiento pero dentro de los límites normales	Nivel de desarrollo dentro de los límites normales, sin interferencia

Importancia de valorar otros factores como el funcionamiento cognitivo o la conducta adaptativa.



Nueva categoría diagnóstica dentro de los Trastornos de la Comunicación (Lord, 2010, Congreso Autismo Europa):

“Trastorno de la Comunicación Social” **Alteración:**

-Pragmática

-Uso social de la comunicación verbal y no verbal

Propuesta de un **diagnóstico diferencial** con TEA:

Intereses, conductas y actividades restringidos y repetitivos.



ALGORITMO DIAGNOSTICO ADOS

Actualizaciones

Puntos de corte y nuevos algoritmos
(Gotham, Risi, Pickles, Lord, 2007)

Medición de la severidad
(Gotham, Pickles y Lord, 2009)

Puntos de corte para valorar el grado de severidad

Algoritmo diagnóstico ADOS

Sumatorio de :

- Comunicación
- Interacción Social recíproca

Punto de corte para el autismo: 10

Punto de corte para el EA:7

Nuevo algoritmo para DSM-IV/CIE 10

Sumatorio de :

- Interacción social recíproca
- Comportamientos estereotipados e intereses restringidos

Establece puntos de corte diferentes en función de los módulos

ESTABLECIMIENTO DE LOS PUNTOS DE CORTE

ADOS Module 1 , no Words

Punto de corte para el
autismo: 16

Punto de corte para el EA: 11

ADOS Module 2 , Younger Than Age 5. (Phrases)

Punto de corte para el
autismo: 10

Punto de corte para el EA: 7

ADOS Module 1, Some Words

Punto de corte para el
autismo: 12

Punto de corte para el EA: 8

ADOS Module 2 , 5 years or older

Punto de corte para el
autismo: 9

Punto de corte para el EA: 8

Ejemplo: ADOS Módulo 3

ADOS Algorithm for DSM-IV /ICD-10 Autism Diagnosis

LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

Narración de sucesos (A-7) -

Conversación (A-8) -

Gestos descriptivos, convencionales, instrumentales o informativos (A-9) -

INTERACCION SOCIAL RECIPROCA

Contacto Visual inusual (B-1) -

Expresiones dirigidas a otros (B-2) -

(B-4) -

Cualidad de los acercamientos sociales (B-7) -

Cualidad de la respuesta social (B-8) -

Cantidad de comunicación social recíproca (B-9) -

Cualidad general del “ rapport” (B-10) -

TOTAL DE INTERACCION SOCIAL RECIPROCA -

Ejemplo : ADOS Módulo 3

ADOS Algorithm for DSM-IV /ICD-10 Autism Diagnosis

COMPORTAMIENTOS ESTEREOTIPADOS E INTERESES RESTRINGIDOS

Uso estereotipado o idiosincrásico de palabras o frases	(A-4)	-
Interés sensorial inusual en los materiales de juego o las personas	(D-1)	-
Manierismos de manos y dedos y otros manierismos complejos	(D-2)	-
Excesivo interés en temas u objetos inusuales o altamente específicos	(D-4)	-
Compulsiones o rituales	(D-5)	-

TOTAL DE COMPORTAMIENTOS ESTEREOTIPADOS E INTERESES RESTRINGIDOS -

TOTAL "SOCIAL AFFECT" Y COMPORTAMIENTOS ESTEREOTIPADOS E INTERESES RESTRINGIDOS -

(Punto de corte para Autismo = 9, para espectro autista = 7)

DIAGNOSTICO:

Clasificación del ADOS:

Diagnóstico general:

Table 2. Mapping of ADOS raw totals onto calibrated severity scores

Raw ADOS Totals					
Module 1, no Words					
ADOS Classification	Calibrated Severity Score	2 years	3 years	4-5 years	6-14 years
NS (No significativo)	1	0-6	0-6	0-3	0-3
	2	7-8	7-8	4-6	4-6
	3	9-10	9-10	7-10	7-10
ASD (Leve)	4	11-13	11-14	11-12	11-13
	5	14-15	15	13-15	14-15
AUTISMO	6	16-19	16-20	16-19	16-19
	7	20-21	21-22	20-21	20-22
	8	22	23	22-23	23-24
	9	23-24	24	24-25	25
	10	25-28	25-28	26-28	26-28

Punto de corte para el autismo: 16

Punto de corte para el EA: 11

Table 2.Mapping of ADOS raw totals onto calibrated severity scores

Raw ADOS Totals						
Module 1, Some Words						
ADOS Classification	Calibrated Severity Score	2 years	3 years	4 years	5-6 years	7-14 years
NS (No significativo)	1	0-3	0-4	0-2	0-2	0-2
	2	4-5	5-6	3-4	3-4	3-5
	3	6-7	7	5-7	5-7	6-7
ASD (Leve)	4	8-10	8-9	8-9	8-10	8-9
	5	11	10-11	10-11	11	10-11
AUTISMO	6	12-13	12-14	12-15	12-16	12-18
	7	14-16	15-17	16-18	17-19	19-20
	8	17-19	18-19	19-20	20-21	21
	9	20-21	20-21	21-22	22-23	22-23
	10	22-28	22-28	23-28	24-28	24-28

Punto de corte para el autismo: 12

Punto de corte para el EA: 8

Table 2.Mapping of ADOS raw totals onto calibrated severity scores

Raw ADOS Totals							
Module 2, Phrases							
ADOS Classification	Calibrated Severity Score	2 years	3 years	4 years	5-6 years	7-8 years	9-16 years
NS (No significativo)	1	0-2	0-3	0-3	0-3	0-2	0-2
	2	3-5	4-5	4-5	4-5	3-5	3-5
	3	6	6	6	6-7	6-7	6-7
ASD (Leve)	4	7-8	7-8	7	8	8	8
	5	9	9	8-9	-	-	-
AUTISMO	6	10-11	10-12	10-13	9-14	9-14	9-14
	7	12	13-14	14-16	15-16	15-17	15-17
	8	13-14	15-16	17-18-	17-20	18-21	18-20
	9	15-17	17-18	19-20	21-22	22-23	21-23
	10	18-28	19-28	21-28	23-28	24-28	24-28

Punto de corte para el autismo: 10 Punto de corte para el EA: 7

Table 2. Mapping of ADOS raw totals onto calibrated severity scores

Raw ADOS Totals				
Module 3, Fluent				
ADOS Classification	Calibrated Severity Score	2-5 years	6-9 years	10-16 years
NS (No significativo)	1	0-3	0-2	0-3
	2	4	3-4	4
	3	5-6	5-6	5-6
ASD (Leve)	4	7	7	7
	5	8	8	8
AUTISMO	6	9-11	9-10	9-10
	7	12	11-12	11-12
	8	13-15	13-14	13-14
	9	16-17	15-17	15-17
	10	18-28	18-28	18-28

Punto de corte para el autismo: 9 Punto de corte para el EA: 8



OBJETIVOS DE LA MESA

1.-Actualización en Evaluación y Diagnóstico

Actualización
en Evaluación
y Diagnóstico

***2.-Actualización sobre herramientas de Detección
Precoz y Evaluación y Diagnóstico en TEA***

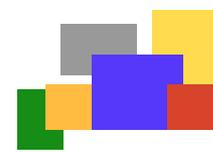
Herramientas
Detección,
Evaluación y
Diagnóstico

***3. Evaluación en adultos con TEA y Discapacidad
Intelectual.***

Evaluación en
adultos con
TEA y
Discapacidad
Intelectual

***4.-Diagnóstico diferencial psiquiátrico en adultos
con TEA***

Diagnóstico
diferencial
psiquiátrico



BASE DE PRUEBAS DE EVALUACIÓN

AETAPI
Asociación Española de Profesionales del Autismo

Domingo, 5 de Septiembre

CONGRESO DE AETAPI. Zaragoza, 18, 19 y 20 de Noviembre de 2010
Consulta la [web del Congreso](#).
Encontrarás el enlace pulsando sobre el anuncio que aparece en el margen izquierdo de nuestra página

ESTE MES... SEPTIEMBRE

Noticias

- El jurado de selección **XXVI Premios «Francisco Giner de los Ríos»** a la mejora de la calidad educativa, ha resuelto conceder un premio de la categoría Educación Primaria al Centro Concertado Específico de Educación especial para alumnos con trastornos del espectro autista **«El alba-autismo» de Burgos**. El trabajo premiado se denomina **“Elige, Aplicación informática para alumnos con trastornos del espectro autista”** y tiene como objetivo servir de herramienta de apoyo para la estructuración temporal de los alumnos del centro, así como facilitar la elección de las actividades diarias y la comprensión y expresión de las emociones básicas.
¡Enhorabuena a los compañer@s del centro El Alba de Burgos!
- Fallecimiento del Dr. O.Ivar Lovaas: el pasado 2 de agosto, el Dr. Lovaas, pionero en el diseño de programas de intervención conductuales para personas con autismo, falleció a los 83 años de edad. [Más información...](#)

Biblioteca

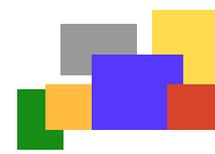
- Puedes conocer las últimas novedades del ámbito de la discapacidad en el [Boletín del Observatorio Estatal de Discapacidad](#).

Navigation Menu:

- Portada
- ¿Quiénes somos? Nuestra asociación
- Congresos
- MESAS DE TRABAJO
- BIBLIOTECA
 - Aetapi On Line
 - Documentos AETAPI
 - Materiales de Trabajo**
 - Bibliografía
 - Normativa y legislación
- Investigación y Buenas Prácticas Premios Angel Rivière
- Formación
- Nuestra Opinión
- Agenda
- Enlaces
- ESPACIO DE SOCIOS
- Hazte soci@

aetapi@aetapi.org

ELOPS Estudio



BASE DE PRUEBAS DE EVALUACIÓN

Asociación Española de Profesionales del Autismo

Portada
¿Quiénes somos?
Nuestra asociación
Congresos
MESAS DE TRABAJO
BIBLIOTECA
Aetapi On Line
Documentos AETAPI
Materiales de Trabajo
Bibliografía
Normativa y legislación
Investigación y Buenas Prácticas
Premios Angel Riviere
Formación
Nuestra Opinión
Agenda
Enlaces
ESPACIO DE SOCIOS
Hazte soci@
aetapi@aetapi.org

MATERIALES DE TRABAJO

Los siguientes documentos han sido elaborados por profesionales que participan o han participado en diferentes mesas o grupos de trabajo de AETAPI. La finalidad de este trabajo en grupo es definir criterios técnicos, tener un posicionamiento claro y explícito, y facilitar la disponibilidad de marcos de intervención.

Atención Temprana

- Atención temprana en niños y niñas con T.G.D. XII CONGRESO NACIONAL AETAPI (Las Palmas de Gran Canaria, 2004). Amaya Sterner de León, Laura Escribano Burgos, Carmen de Linares von Schmitteriów, Salvador Repeto Gutiérrez y Francisca Cañete Torralbo.
- Diagnóstico precoz y atención temprana. FOLLETO DIVULGATIVO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL AUTISMO. X CONGRESO NACIONAL AETAPI (Vigo, 2000). Salvador Repeto Gutiérrez, Francisco Mendizábal, Pedro Luis Nieto, Amaya Sterner, Francisca Cañete Torralbo, Carmen De Linares von-Schmitteriow, Laura Escribano Burgos y Salvador Repeto Gutiérrez (coordinador).
- Mesa de Intervención Temprana y Detección Precoz. IX CONGRESO NACIONAL AETAPI (Benalmádena, 2000).

Conductas Desafiantes

- Documento para el debate: parámetros de buena práctica del profesional del autismo ante las conductas desafiantes. X CONGRESO NACIONAL AETAPI (Vigo, 2000). Carmen Márquez López, Javier Tamarit Cuadrado, Ana Bolullo García, Miriam Gómez Pérez, Victoria Cucarella Lozano, Rosa de los Santos Orts, Alicia Marco Latorre, Laura Escribano Burgos, Agustín Illera Martínez, Antonio Alba Sempere y Carmen Márquez López (coordinadora).

Educación

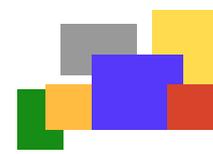
- Orientaciones para la calidad educativa de los alumnos con trastornos del espectro autista. CONGRESO NACIONAL AETAPI (Las Palmas de Gran Canaria, 2004). Asunción Blau, Lucía Madero, Carmen Márquez, Maribel Morueco, Jesús Pechero, Carlos Ruiz. Coordinadora: Teresa Sanz.
- MESA DE EDUCACIÓN del XI Congreso Nacional AETAPI. Maribel Morueco. ("Gaspard Hausser", Balaçares).

Evaluación y diagnóstico

- Propuestas para el DSM-V desde Aetapi (enviado a la APA el 19-04-2010)
- Herramientas de detección, competencias mentalistas, funciones ejecutivas y diagnóstico diferencial. XIV Congreso de AETAPI (Donosti 2008). Mª Ángeles García-Nogales (UNED), Esther García-Andrés (UAM), Patricia García-Primo (ISCIll), Zoila Guisuraga (INICO), Eva Murillo (UAM), Juana María Hernández (Equipo Alter. Graves Desarrollo CM y UAM) Mª Ángeles López (Asoc. X Frágil País Vasco), María Sotillo (UAM), Leticia Boada (HGM) Cristina Odriozola (GAUTENA) Isabel Galende (Berritzegune de Sestao), Javier Arnáiz (Autismo Burgos) Leticia Giraldo (Autismo Sevilla) Coordinador: Marcos Zamora (Autismo Sevilla).
- Evaluación de funciones ejecutivas. XIV Congreso de AETAPI (Donosti) Marcos Zamora, Zoila Guisuraga, Esther García-Andrés, Leticia Boada.
- Evaluación de competencias mentalistas. XIII Congreso Nacional AETAPI (Sevilla 2006) Mª Angeles García Nogales (UNED), Juana Mª Hernández (Equipo Específico, Madrid), María Sotillo (UAM). XII Congreso Nacional AETAPI (Las Palmas, 2004) Eugenia León (Cepri, Madrid) y Rubén Palomo (UAM)
- Evaluando la evaluación: Acciones de mejora. XII CONGRESO NACIONAL AETAPI (Las Palmas de Gran Canaria, 2004). Juana M Hernández (Equipo Específico, Madrid) -coordinadora-, Rosa Alvarez (Autismo Sevilla), Eugenia León (Cepri, Madrid), Carmen Márquez (Bata, Vigo), Cristina Odriozola (GAUTENA, San Sebastián), Ruben Palomo (Iridia, Madrid) y Marcos Zamora (Autismo Sevilla).
- Diagnóstico y evaluación. XI CONGRESO NACIONAL AETAPI (Santander, 2002). Juana Mª Hernández (Equipo Específico, Madrid) Rosa Álvarez (APNA Sevilla) Javier Arnáiz (CEE ALBA, Burgos) Eugenia León (CEE CEPRI, Madrid) Carmen Marquez (CEE Bata, Vigo) Cristina Odriozola (A. GAUTENA, San Sebastián).
- Pruebas de evaluación y diagnóstico. Rosa Alvarez (Autismo Sevilla), Javier Arnáiz (Autismo Burgos), Leticia Giraldo (Autismo Sevilla), Juana Hernández (Equipo Específico Educación Madrid), Carmen Marquez (Bata, Villagarcía), Cristina Odriozola (Gautena, San Sebastián), Rubén Palomo (Iridia, Madrid), Isabel Resmella (Equipo Específico Educación, Bilbao), Marcos Zamora (Autismo Sevilla), Patricia García (ISCIll, Madrid), Leticia Boada (H.Gregorio Marañón, Madrid).

*ATENCIÓN: Las pruebas que están recogidas en gris más claro son pruebas de difícil acceso, no traducidas o con dificultades para la aplicación en población española.



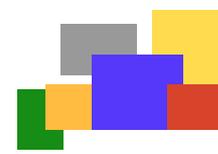


BASE DE PRUEBAS DE EVALUACIÓN

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	DIAGNÓSTICO		ADI-R	DISCO	PIA		ADOS-G	CARS
2	Autor/es:	ENTREVISTAS	(Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994)	Wing y cols. (2002)	(Stone y Hogan, 1993)	PRUEBAS DE OBSERVACIÓN	(Lord et al. , 2000)	(Schopler et al. , 199
3	Nombre:		Autism Diagnostic Interview – Revised Entrevista para el diagnóstico de autismo-Revisada	Diagnostic Interview for Social and Communication Disorder	Entrevista sobre el autismo para padres		Autism Diagnostic Observation Schedule–Generic; Escala de Observación Diagnóstica del Autismo–Genérica.	Childhood Autism Rating Scale Evaluación del Autismo
4	Edad de administración:		Edad mental mayor de 18 meses	Todas las edades y niveles de habilidad	Apropiada entre 2 y 6 años		Abarca desde los niños en edad preescolar no verbales hasta adultos verbales .	Adecuada para usar con niños meses de edad.
5	Características:		Entrevista semiestructurada para padres. Es compatible con los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) y la ICD-10 (OMS, 1992, 1993), con puntuaciones umbral definitorias para el diagnóstico del Trastorno Autista.	Entrevista semiestructurada que permite recoger información evolutiva de diferentes fuentes para realizar un diagnóstico según DSM IV y CIE 10	Es una entrevista estructurada diseñada para obtener, de los padres de niños pequeños de los que se sospecha autismo, información relevante para el diagnóstico.		Compatible con los criterios diagnósticos del DSM-IV(APA, 1994) y la ICD-10 (OMS, 1992). Aporta puntuaciones de corte par autismo y para trastornos del espectro de autismo. Se necesita formación especializada.	Es una entrevista estructurada de un instrumento de obser
6	Aspectos evaluados:		Sondea las esferas de alteración en la interacción social recíproca, las limitaciones comunicativas y de lenguaje, el juego, las conductas ritualizadas o perseverantes y el momento en que aparecieron.	Consta de 8 bloques divididos en secciones, y recoge información como datos de identificación, desarrollo en los dos primeros años de vida, habilidades actuales (comunicación, socialización, imitación imaginación, de autonomía, académicas, visoespaciales.), actividades repetitivas o alteraciones sensoriales, conductas desadaptativas, alteraciones del sueño, calidad de la interacción y perturbaciones psiquiátricas.	Consta de 118 ítems, organizados en 11 dimensiones que valoran varios aspectos de la conducta social, función comunicativa, actividades repetitivas y alteraciones sensoriales. Permite medir el cambio en la sintomatología a lo largo del tiempo.		Es una evaluación semi-estructurada a través de la observación en cuatro módulos que incluyen actividades dirigidas por el investigador que evalúan la comunicación, la interacción social recíproca, el juego, la conducta estereotípada, los intereses restringidos, y otras conductas anormales.	Cada uno de los 15 ítems conste de con 7 puntuaciones que indic que la conducta del niño se desvi de edad apropiada; además, disti severo del moderado o ligero. Pt encima de 30 son consisten diagnóstico de Trastorno

DIAGNÓSTICO / DETECCIÓN / COGNITIVA / SOCIAL / COM Y LENG / HH ADAPT / JUEGO / NEUROPSICOLOGÍA / PIA





HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN TEA (niños y adolescentes)

ADSI, 2001
ASAS, 1998
ASD-DA,
ASSQ, 1999
A-TAC, 2005
BISCUIT, 2008
BITSEA, 2002
CAST, 2002
CHAT, 1996; 2001; 2007
CSBS-DP (ITC), 2002; 2004
DBC-P, 2005
ESAT, 2006; 2006
FYI, 2006
GARS, 1999
M-CHAT, 2001; 2006; 2007; 2008; 2008
PDDST_PCS, 1996
PDDST-II, 2004
PEDS:DM, 2007
Q-CHAT, 2008
SCQ, 2003
SEEK, 2006
STAT, 1997, 2008
TABS, 1999
PDDRS, 2002
ADITSS: 2002
CBC: 2001
YATCH-18: 2009
ABII: 2010
PIA: 1993
ECI-4 :1997; 2002;2008
CSI: 2008

2008-2010: Se incluyen 7 nuevas

PDDRS, 2002
ADITSS: 2002
CBCL: 2001
YATCH-18: 2009
ABII: 2010
ECI-4 :1997; 2002;2008
CSI: 2008

Otros avances en marcha...

- Validación del M-CHAT en población española.
- Desarrollo y pilotaje del MCHAT-R (herramienta revisada, 20 ítems en vez de 23, con un ejemplo cada ítem): ISCIII y USAL col. con Universidad de Connecticut (D.Fein, D. Robins y cols.)
Estudios piloto en Baleares y Málaga.



Nuevas pruebas en Evaluación y Diagnóstico

- Cognitiva
 - WPPSI III (Wechsler)
 - TEACCH Transition Assessment Profile (Mesibov, Chapman y Schopler)
- Diagnóstico
 - Cuestionario
 - Autism Spectrum Rating Scales (Goldstein y Naglieri)
 - Childhood Autism Rating Scale (CARS 2º Edición; Schopler y cols)
- Social
 - Social Responsiveness Scale (Constantino y Gruber)
 - Empathy Quotient (Baron-Cohen y Wheelwright)
 - Friendship and relationship Quotient (Baron-Cohen y Wheelwright)



OBJETIVOS DE LA MESA

1.-Actualización en Evaluación y Diagnóstico

Actualización
en Evaluación
y Diagnóstico

***2.-Actualización sobre herramientas de Detección
Precoz y Evaluación y Diagnóstico en TEA***

Herramientas
Detección,
Evaluación y
Diagnóstico

***3. Evaluación en adultos con TEA y Discapacidad
Intelectual.***

Evaluación en
adultos con
TEA y
Discapacidad
Intelectual

***4.-Diagnóstico diferencia psiquiátrico en adultos
con TEA***

Diagnóstico
diferencial
psiquiátrico



Evaluación en personas adultas y DI asociada

Tradicionalmente...

- La evaluación se ha centrado en el ámbito educativo e infantil
- Utilización de herramientas infantiles para la valoración de adultos con DI
- La evaluación en adultos, se ha centrado preferentemente en el diagnóstico diferencial de SA
- Constatación de alteraciones y/o déficits



Evaluación en personas adultas y DI asociada

Objetivos:

- Detectar las necesidades de los profesionales
- Recoger buenas prácticas.

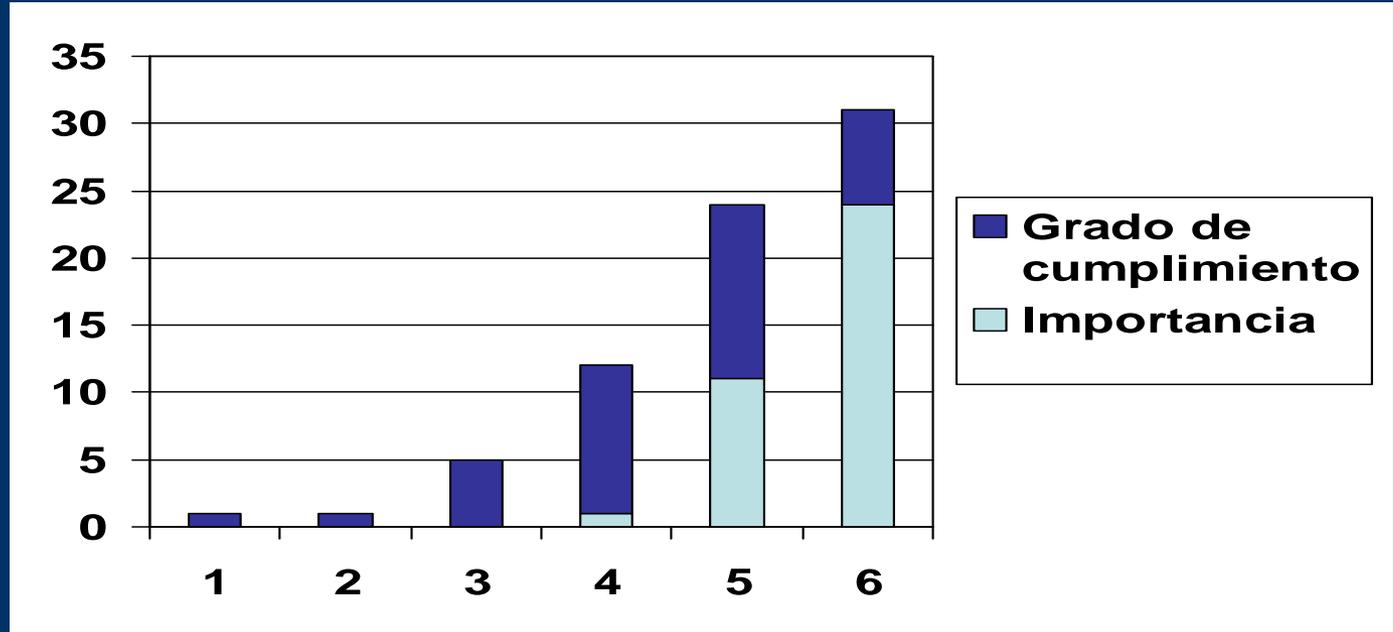
Cuestionario autoadministrado en la web
AETAPI

N= 54



A. BUENAS PRÁCTICAS: CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES

1.-Tener experiencia en la evaluación de Trastornos Generalizados del Desarrollo



Barreras:

- Falta de herramientas específicas para la evaluación
- Limitación de la actividades formativas al respecto
- Aumento de la demanda de profesionales debido a aumento de demanda y centro jóvenes
- Falta de formación especializada en recursos generalistas
- Dificultades para la formación tutorizada
- Falta de formación en evaluación de personas adultas



“Buenas Prácticas”:

- Haber pasado un proceso de formación
- Tener experiencia en evaluación
- Conocer y comprometerse con los valores y actitudes éticas.
- Tener un conocimiento amplio de la persona

Otras propuestas:

- Valoración multidisciplinar
- Incorporación de diferentes contextos de evaluación
- Conocimiento de la psicopatología y la clínica
- Implicar más a la familia en la valoración de habilidades adaptativas.
- Atención y trato positivo a la familia para dar la información sobre la evaluación.



Necesidades de los profesionales

- Formación en la evaluación de personas adultas
- Traducción y baremación de pruebas estandarizadas (habilidades adaptativas, vocacionales, habilidades funcionales,...)
- Asegurar canales adecuados de formación para profesionales dentro de las entidades
- Implicación de otros perfiles profesionales de atención directa que aseguren mejor conocimiento de la persona y valoración multidisciplinar



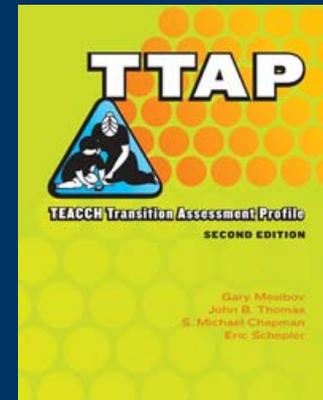
Conclusiones

- Centrado en la evaluación de habilidades adaptativas
- Contextos de evaluación basados en modelos de apoyos (Asociación Americana de Discapacidad Intelectual) y pruebas que valoren necesidades de apoyo.
- Contextos de evaluación basados en modelos de Planificación Centrada en la Persona y Calidad de Vida



Conclusiones

- Necesidad de herramientas de evaluación con materiales “reales y funcionales” (dificultades para generalización y trabajar con estímulos abstractos, Mesibov, 2005)
- Se vuelve central la evaluación en varios contextos





OBJETIVOS DE LA MESA

1.-Actualización en Evaluación y Diagnóstico

Actualización
en Evaluación
y Diagnóstico

**2.-Actualización sobre herramientas de Detección
Precoz y Evaluación y Diagnóstico en TEA**

Herramientas
Detección,
Evaluación y
Diagnóstico

**3. Evaluación en adultos con TEA y Discapacidad
Intelectual.**

Evaluación en
adultos con
TEA y
Discapacidad
Intelectual

**4.-Diagnóstico diferencia psiquiátrico en adultos
con TEA**

Diagnóstico
diferencial
psiquiátrico



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PERSONAS ADULTAS CON SA

Justificación e importancia del tema

Consideraciones Generales sobre el diagnóstico de adultos con SA/TEA Alto Funcionamiento

Diagnóstico diferencial

Conclusiones



Justificación e importancia del tema

Ampliación del concepto de TEA (adultos con inteligencia conservada y buenas habilidades lingüísticas) y difusión de información acerca del SA

- Aumento de falsos positivos y uso excesivo de la etiqueta en adultos difíciles de "catalogar" (Frith 2004).
- Aparición de adultos "autodiagnosticados" de SA.
- Riesgo de difuminar los criterios y límites del SA, con pérdida su categoría de subtipo dentro de los TGD y confusión con TP.
- Posible solapamiento de manifestaciones clínicas/ comorbilidad, escasez de instrumentos de evaluación estandarizados, dificultades en recogida de información esencial para el diagnóstico (h^a desarrollo).

Metodología

- Revisión bibliográfica PsycInfo y Medline
- Selección de artículos relevantes
- Lectura crítica y discusión en grupo
- Experiencia clínica



Diagnóstico Diferencial con Otros Trastornos

1. Trastornos de la personalidad:

- Trastorno Esquizoide de la personalidad.
- Trastorno Esquizotípico de la personalidad.
- Trastorno Límite de la Personalidad
- Trastorno de la personalidad por Evitación

2. Trastornos de Ansiedad:

- Trastorno Obsesivo Compulsivo

3. Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia

Asperger Vs Trastorno Esquizoide (Wolff)



En común	Propio del SA	Propio del TPE
<p>Escasa empatía</p> <p>Aislamiento</p> <p>Pobre comunicación no verbal</p> <p>Intereses limitados</p>	<p>Mayor alteración en las capacidades de interacción social (menos hábiles socialmente)</p> <p>Menos logros en habilidades adaptativas y de autonomía (vida independiente, matrimonio, trabajo estable).</p> <p>Peor pronóstico en esos aspectos</p>	<p>Más común la presencia de una fantasía "peculiar"</p> <p>Más posibilidad de desarrollar un cuadro de esquizofrenia</p> <p>En la infancia no intereses repetitivos ni conductas repetitivas</p> <p>Más indiferentes ante cualquier actividad</p>

Asperger Vs T. límite de la personalidad



En común	Propio del SA	Propio del T. evitación
<p>Fracaso o dificultad para relacionarse de forma adecuada con los demás</p> <p>Mal ajuste social</p> <p>Cambios de humor, aunque en el TLP no se asocian a estrés o inflexibilidad</p>	<p>Inicio en la infancia</p> <p>Dificultades en la comunicación no verbal</p> <p>Alteración en la comprensión social intuitiva</p> <p>Aislamiento o búsqueda de relaciones basadas en intereses comunes</p> <p>Tendencia a no quebrantar las normas</p>	<p>Comienzo en la edad adulta</p> <p>No se describen déficits en Habilidades mentalistas</p> <p>Marcada impulsividad</p> <p>Intento frenético de búsqueda de relaciones para evitar el abandono real o imaginado</p> <p>Asociación a sectas, consumo de drogas o adicciones de todo tipo con el propósito de encontrar valoración en los demás</p>

Asperger Vs Trastorno P. Antisocial



En común	Propio del SA	Propio del TP Antisocial
<p data-bbox="131 349 517 621">Escasa empatía Dif. Para planificar el futuro</p> <p data-bbox="131 714 560 1206">Inicio en la infancia pero con sintomatología diferente: en TP antisocial se inicia en forma de T. conducta, T. oposicionista</p>	<p data-bbox="602 349 1236 528">Acusadas dificultades de manejo mentalista en las relaciones sociales</p> <p data-bbox="602 578 1072 756">Inocencia, poca comprensión socio-emocional</p> <p data-bbox="602 806 1207 985">No existe gusto por mentir y si se hace no busca dañar a los demás</p> <p data-bbox="602 1049 1207 1163">Seguimiento estricto de normas</p> <p data-bbox="602 1206 1236 1406">Momentos puntuales de irritabilidad relacionados con estrés</p>	<p data-bbox="1288 349 1690 464">Falta de remordimientos.</p> <p data-bbox="1288 528 1816 721">Tendencia a mentir o engañar en beneficio personal o por placer</p> <p data-bbox="1288 785 1825 906">No hay una respuesta normal al castigo</p> <p data-bbox="1288 978 1796 1220">Irritabilidad o agresividad, fracaso a adaptarse a las normas</p>

Asperger Vs T. de la personalidad por evitación



En común	Propio del SA	Propio del T. evitación
Aislamiento Mal ajuste social	Dificultades en la comunicación no verbal Alteración en la comprensión social intuitiva	Comienzo en la edad adulta (en la infancia vergüenza extrema) En contextos "seguros" no alteración en los procesos de cognición social

Asperger Vs Trastorno Obsesivo Compulsivo

En común	Propio del SA	Propio del Trastorno Obsesivo Compulsivo
<p data-bbox="106 357 434 542">Presencia de obsesiones y compulsiones</p>	<p data-bbox="473 357 1304 471">Aparentemente las obsesiones causan menos malestar emocional</p> <p data-bbox="473 571 1265 685">No suelen aparecer obsesiones relacionadas con enfermedades.</p> <p data-bbox="473 714 1265 828">No suele aparecer la compulsión de comprobar</p> <p data-bbox="473 928 1304 1113">La presencia de temas de interés restringidos y que le absorben mucho tiempo</p> <p data-bbox="473 1213 1178 1385">Dificultades en comprensión social y en estrategias mentalistas</p>	<p data-bbox="1352 328 1845 642">Gran malestar emocional como consecuencia de las obsesiones y compulsiones</p> <p data-bbox="1352 756 1806 871">Mayor conciencia sobre el problema</p> <p data-bbox="1352 999 1864 1113">Mayor presencia de obsesiones mentales</p> <p data-bbox="1352 1199 1903 1313">Mejores habilidades sociales y mentalistas</p>

	SÍNDROME DE ASPERGER	TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA
Manifestación inicial	Alteraciones primarias en el desarrollo social ya evidentes durante la primera infancia.	- Adolescencia o inicio de edad adulta. - Poco frecuente en infancia, aunque puedan aparecer dificultades de relación interpersonal o retraso en adquisición de hitos del desarrollo.
Aspectos similares en manifestación sintomática	<ul style="list-style-type: none"> -Especialmente cuando existe predominio de sintomatología negativa en Esquizofrenia y no paranoia (Couture, 2010). -Dificultades para establecer o mantener relaciones interpersonales significativas. -Expresión emocional limitada y afecto aplanado. -Comportamientos aparentemente excéntricos o inusuales. Dificultades para iniciar y mantener actividades con un sentido definido -Uso peculiar del lenguaje y dificultades para mantener una conversación apropiada al contexto y al interlocutor. - Alteraciones perfil cognitivo: Déficits cognición social y funciones ejecutivas. 	
Diferencias en manifestación sintomática	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Definitorio</u>: Alteración social primaria. - Dificultades interpersonales, producto de alteración primaria en desarrollo y comprensión social. - Alteraciones de lenguaje asociadas a dificultades pragmáticas y de uso social. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Definitorio</u>: Trastorno del pensamiento. -Desajuste social - Alteraciones de lenguaje secundarias a trastorno de pensamiento.
Curso de desarrollo y pronóstico	- Habitualmente, sin deterioro o pérdida de habilidades adquiridas en el desarrollo.	-Asociada a deterioro personal progresivo y variable (en función de sintomatología que predomine).
Aspectos clave para diagnóstico diferencial	<ul style="list-style-type: none"> -Momento de inicio/manifestación de la sintomatología: SA en infancia, Esq. más tarde. -Intereses restringidos (temas altamente específicos). -Lenguaje excesivamente formal. 	<ul style="list-style-type: none"> -Curso de desarrollo: Deterioro progresivo (variable) en Esq., y desarrollo positivo de competencias (habitual) en SA. -Antecedentes de Esquizofrenia en la familia - Sintomatología positiva: Alucinaciones e ideas delirantes asociadas a Esq.
Observaciones de interés	<ul style="list-style-type: none"> - SA no protege de desarrollar Esq. Puede realizarse el diagnóstico adicional a SA si es pertinente. - En ocasiones la persona con SA puede presentar un T. Psicótico breve especialmente asociado a episodios de estrés agudo: acontecimientos vitales significativos, cambios importantes en situación personal, etc. (Nylander et al, 2008). 	

Conclusiones

Importante para el diagnóstico diferencial: Rasgos específicos del SA

1. Historia de desarrollo inicial con rasgos propios de los TEA durante la infancia
2. Mayor alteración en los procesos de cognición social
3. Los intereses y temas absorbentes forman parte de "su ocio" y no causan malestar emocional
4. No es prototípico un trastorno de pensamiento ni la sintomatología positiva asociada a la esquizofrenia
5. Menor nivel de autonomía y logros respecto a la habilidades adaptativas

Conclusiones:

1. Pocos estudios de comparación entre dos poblaciones distintas
2. Los instrumentos de evaluación (cuestionarios, test, etc.) se diseñan pensando solo en uno de los trastornos. Necesidad de diseñar procedimientos y estandarizar instrumentos para el diagnóstico diferencial y la comorbilidad (Matson y Neal, 2009; Hurst 2007)
 - RAADS (Ritvo, 2008)
 - ADI-R, ADOS-G, AQ (Baron Cohen, 2001)
 - BAPQ (Hurley, 2007; Sugihara, 2008)
 - The Yale - Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman, 1989)
 - The Schizotypal Personality Questionnaire (Raine, 1991)
 - SCID (First, 1996)
 - PANSS (Andreasen, 1984)
3. Necesidad de más formación sobre autismo en el ámbito de la psiquiatría y más formación sobre otros trastornos con solapamiento de síntomas o comorbilidad (t. de la personalidad, etc.) entre los profesionales de autismo.



Ideas generales sobre el proceso de diagnóstico de adultos con SA

1. Consideraciones éticas

- Pedir permiso para contactar con la familia
- Preguntar si se desea que la familia tengan la misma información
- Funcionalidad del diagnóstico clínico en algunos casos (personas adultas relativamente bien adaptadas, y sin excesiva valoración subjetiva de malestar).



Ideas generales sobre el proceso de diagnóstico de adultos con SA

2. Consideraciones sobre el proceso de diagnóstico

Ojo con:

- Manifestaciones clínicas del SA pueden variar en adultos: ¿atenuación? ¿compensación con habilidades adquiridas?.
- Episodios de reacción ante estrés.
- Comunicación inadecuada de síntomas, sensaciones, etc. que puede llevar a malos entendidos.
- Necesidad de recoger con detalle toda la historia de desarrollo: (muchas veces la información sobre la infancia permite el diagnóstico diferencial): Si no es posible con los padres, se recomienda recoger la información de los hermanos.



- Para el próximo periodo (2010-2012):
 - Continuamos:
 - Diagnóstico diferencial SA. Protocolo de evaluación.
 - Nuevos retos en base a los cambios:
 - Evaluación del perfil sensorial
 - Trayectorias de desarrollo
 - Actualizaciones DSM-V



Muchas gracias

Zaragoza, 2010

